

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Bernard IACOBESCU

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Février 1905, à Targoviste (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**BILATÉRALISATION DES LÉSIONS TUBERCULEUSES
AU COURS DU PNEUMOTHORAX**

Travail du service du D^r RIST (Hôpital Laënnec)

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

Imprimerie M. BOIVENT

126, Avenue de Fontainebleau, 126
KREMLIN-BICETRE

1932

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Bernard IACOBESCU

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Février 1905, à Targoviste (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**BILATÉRALISATION DES LÉSIONS TUBERCULEUSES
AU COURS DU PNEUMOTHORAX**

Travail du service du Dr RIST (Hôpital Laënnec)

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

Imprimerie M. BOIVENT

126, Avenue de Fontainebleau, 126

KREMLIN-BICETRE

1932

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON
	{ ACHARD
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	{ NOBécourt
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
Clinique chirurgicale	{ TEISSIER
	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET
Clinique urologique	{ TERRIEN
	{ LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

1. -- AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Dermatologie et syphiligr
SÉZARY	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEON BERNARD

Professeur de clinique de la tuberculose

Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR EDOUARD RIST

*Médecin de l'Hôpital Laënnec
et du Dispensaire Léon-Bourgeois*

A M. LE DOCTEUR JACQUES ARNAUD

A M. LE DOCTEUR ETIENNE BRISSAUD

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Lyon :

PROFESSEUR TIXIER

PROFESSEUR BARD (*in memoriam*)

Paris :

PROFESSEUR NOBECOURT

PROFESSEUR LEMIERRE

EXTERNAT

DOCTEUR GUY LAROCHE

PROFESSEUR LOEPER

PROFESSEUR-AGRÉGÉ LARDENNOIS

DOCTEUR RIST

La collapsothérapie est actuellement universellement admise et appliquée. Parler des résistances opposées à cette méthode, c'est évoquer l'histoire.

Aujourd'hui il n'est plus permis au médecin d'allonger comme autrefois son tuberculeux sur une chaise longue — même sous un beau ciel pur — et d'attendre les bras croisés une hypothétique guérison spontanée ou d'assister, après s'être épuisé l'imagination en des prescriptions sans cesse renouvelées et modifiées, à la mort de son malade au bout d'un long calvaire.

Le pneumothorax est pour nous une admirable arme thérapeutique. Il a changé le pronostic de la tuberculose pulmonaire. Des milliers d'êtres humains lui doivent la vie.

Et s'il se montre parfois inefficace par suite de circonstances de mieux en mieux connues et que nous développerons dans les chapitres suivants, nous ne donnons plus au tuberculeux la terrible impression d'être désarmés devant son mal. Nous pouvons toujours réagir, intervenir : on espace ou on rapproche les insufflations, on modifie la pression, on

le soulage par une ponction. Sans compter qu'avant de désespérer il nous reste encore les possibilités chirurgicales.

Etre interventionniste en médecine ne signifie pas être téméraire ni imprudent, mais adopter une attitude courageuse, active et tout essayer avant de s'avouer vaincu.

La bilatéralisation de la tuberculose pulmonaire au cours du pneumothorax constitue une complication grave. D'après la statistique de MM. Rist et Hirschberg parue en 1928, l'atteinte du poumon opposé représente en effet 75 % des causes de décès. Une statistique actuelle donnerait, il est vrai, un chiffre probablement moins élevé ; le pneumothorax bilatéral est entré dans la pratique courante et permet d'améliorer des cas considérés autrefois comme désespérés.

Néanmoins la bilatéralisation des lésions tuberculeuses au cours du pneumothorax reste une éventualité redoutable. Nous nous sommes proposé d'étudier les circonstances dans lesquelles elle survient, les causes qui la favorisent.

Pratiquement la bilatéralisation des lésions tuberculeuses pourrait être envisagée sous deux aspects :

a) *Evolution des lésions préexistantes ;*

b) *Bilatéralisation secondaire dans un poumon jusque là indemne.*

* * *

a) *Evolution des lésions préexistantes.*

Nous ne nous attachons pas à l'étude de la bilatéralisation par évolution des lésions préexistantes, nous limitant à l'étude de la bilatéralisation *au cours* du pneumothorax artificiel.

On sait d'ailleurs que l'atteinte des deux poumons n'est plus aujourd'hui une contre-indication au pneumothorax.

La possibilité d'instituer un second pneumothorax constitue une sauvegarde contre l'évolution des lésions symétriques. Mais dans un bon nombre de cas on n'a pas besoin d'y recourir.

On a constaté au cours du pneumothorax artificiel que des lésions qui préexistaient dans l'autre poumon non seulement n'évoluaient pas mais très souvent rétrocédaient au fur et à mesure que le pneumothorax produisait son effet sur l'autre poumon collabé.

Mais — fait remarquable — cette action favorable sur des lésions du poumon opposé n'est produite que par un pneumothorax actif qui se montre tout de suite efficace. Sinon, elles évoluent et ne tardent pas à assombrir considérablement le pronostic. Il y a là un fait analogue à ce qui arrive en cas de tuberculose à plusieurs foyers : pulmonaire et rénale, par

exemple. Quand un d'eux, le plus important, s'améliore, l'autre rétrocede.

b) *Bilatéralisation secondaire dans un poumon jusque-là indemne.*

Notre étude portera essentiellement sur la bilatéralisation secondaire dans un poumon jusque là indemne.

Tous les phtisiologues sont unanimes à reconnaître qu'anatomiquement parlant il n'y a pas de tuberculose unilatérale. Chez les tuberculeux présumés unilatéraux l'autopsie a toujours montré dans le poumon considéré sain l'existence de foyers invisibles et silencieux pendant la vie. Mais dans le sujet qui nous occupe l'anatomie pathologique ne peut être qu'un criterium *post-mortem*.

Dans la pratique ce sont la radiologie et les signes sthétacoustiques qui nous guideront. Mais si les manifestations cliniques et radiologiques nettes ne laissent aucun doute sur leur signification et leur valeur, combien par contre n'y a-t-il pas de signes et d'images sur lesquels l'unanimité est loin d'être faite ?

Comment interpréter ces signes légers, estompés d'auscultation et ces images radiologiques qui sont à la frontière du normal et du pathologique !

Des travaux récents ont mis au point l'interprétation de certaines de ces images radiologiques.

Les hiles chargés qui constituent encore le morceau de résistance du compte-rendu de tant de radio-

logues sont plutôt des images vasculaires que des lésions ganglionnaires comme on le croyait encore récemment.

Quant à ces images linéaires, intercléido-hilaires, « fines comme des pattes d'araignée », le professeur Léon Bernard les considère comme des traces d'une ancienne atteinte guérie.

Mais si tout ceci a été élucidé, que penser de ces voiles (voilà encore un terme discrédité) de ces tractus et marbrures qui divergent, s'unissent, se croisent, évoquant parfois de vraies figures géométriques ! Là c'est le libre arbitre. Chacun agira selon son tempérament. En face de telles images celui dont la prudence est un des principes considérera son malade comme tuberculeux et l'enverra dans un sanatorium faire de la chaise longue parfois pour de longues années. Un autre plus optimiste ou plus blasé déclarera : poumon normal et dira à celui qui le consulte de ne pas s'inquiéter. C'est qu'en tuberculose pulmonaire aucun signe isolé n'a une valeur absolue. Pour tirer une conclusion il faut un faisceau de signes et de symptômes parmi lesquels la radiologie, malgré quelques images sujettes à caution, joue un rôle primordial.

Nous avons considéré comme unilatéraux les tuberculeux dont un des deux poumons présumé sain ne présentait aucune image radiologique suspecte : clarté circulaire, semis de taches isolées ou confluentes, plage opaque, et au niveau duquel les signes sthétacoustiques étaient nuls.

Nous n'avons pas pris en considération les petites ombres calcifiées, les marbrures périhilaires, le pinceau susdiaphragmatique, ni les quelques taches isolées qui, au cours d'une observation suffisamment longue se sont montrés sur plusieurs clichés absolument immobiles et sans se traduire par le moindre signe clinique.

Choix des observations.

Nous avons tiré les déductions qui vont suivre de 65 observations prises dans les archives du service.

Quelques-uns de ces malades sont morts, d'autres ont été perdus de vue, quelques-uns sont encore régulièrement suivis au dispensaire Léon-Bourgeois ou en traitement dans les salles.

Nous n'avons retenu que ceux dont le dossier clair et complet ne laissait aucun doute sur la stricte unilatéralité des lésions initiales. Nous avons dû éliminer ainsi un nombre assez important d'observations, beaucoup de malades ayant fait faire leur premier cliché en dehors du dispensaire.

* * *

Quand au cours de la cure par le pneumothorax le poumon, resté jusque là indemne, devient à son tour le siège de lésions le pronostic concernant l'avenir du malade s'assombrit.

Malgré les ressources thérapeutiques dont nous disposons actuellement (pneumothorax bilatéral, et

dans certains cas les sels d'or), la bilatéralisation de la tuberculose constitue une éventualité grave.

Dans l'immense majorité des cas le pneumothorax est suivi à plus ou moins longue échéance d'une guérison clinique sinon anatomique des lésions, contrôlable radiographiquement.

Immédiatement après son institution le pneumothorax amène toujours une atténuation des symptômes fonctionnels et généraux. La température baisse, l'expectoration, après une augmentation passagère, diminue; l'appétit revient, les sueurs nocturnes si gênantes et déprimantes pour le malade disparaissent, lui permettant un sommeil meilleur. Semblable en cela à la cure de chaise longue, le pneumothorax, par le repos relatif qu'il permet au poumon, atténue l'état toxi-infectieux mais d'une façon incomparablement plus rapide et complète que la cure de chaise longue qui, elle, n'agit qu'à la longue par le repos imposé à tout l'organisme.

Même si le pneumothorax, pour différentes causes que nous analyserons plus loin, ne donne pas les résultats éloignés espérés, il ne manque jamais de produire cette amélioration de l'état général et fonctionnel. Le malade se sent mieux, éprouve une véritable euphorie et, fût-il tombé très bas, il reprend espoir dans sa guérison. Rien que pour ce côté moral dans maints cas l'institution d'un pneumothorax devrait être prise en considération.

Il résulte de nos observations que la bilatérali-

sation au cours du pneumothorax revêt cliniquement deux aspects :

A) *Bilatéralisation au cours des pneumothorax inefficaces.*

Voilà un malade qui, après une courte période d'amélioration passagère et apparente, recommence à avoir de la fièvre, à expectorer de gros crachats épais, à perdre du poids. Son pneumothorax, le plus souvent médiocre, ne va pas plus mal. Il n'a aucun trouble digestif. Mais les bacilles n'ont jamais disparu de ses crachats. Dans l'autre poumon jusque là indemne des lésions apparaissent et évoluent.

B) *Bilatéralisation au cours des pneumothorax efficaces.*

D'autres malades semblent guéris. Ils se portent à merveille. Le pneumothorax a été efficace, le colapsus admirable. Apyrétiques, ils ne crachent plus et d'ailleurs les dernières analyses successives étaient négatives. Ils ont suivi scrupuleusement la cure de repos. On les croit définitivement hors de danger, et puis voilà qu'un beau jour après un, deux et même trois ans d'amélioration et sans qu'aucune cause puisse être incriminée, ils font une poussée évolutive dans le poumon jusque là indemne, alors que le pneumothorax a été efficace et entretenu.

Ces deux exemples types résument les deux

catégories dans lesquelles nous avons rangé nos observations.

* * *

A) *Bilatéralisation au cours des pneumothorax inefficaces.*

B) *Bilatéralisation au cours des pneumothorax efficaces.*

I

Bilatéralisation au cours des pneumothorax inefficaces

Cette catégorie comprend la majorité des cas (50 observation sur 65).

Criteriums d'inefficacité.

— *Persistance des bacilles dans l'expectoration.*

— *Aspect radiologique.*

— *L'état général.*

Nous considérons comme inefficaces les pneumothorax qui, au bout d'un temps suffisamment long (6 à 12 mois) n'ont aucune action effective sur l'état local et sur l'expectoration qui se montre continuellement bacillifère.

Etat général.

On ne peut que médiocrement se baser sur l'amélioration de l'état général et fonctionnel car, comme nous l'avons déjà dit, qu'il soit efficace ou non, le pneumothorax influence toujours dans un sens favorable au début de son institution la température, les sueurs nocturnes, l'appétit, le poids.

L'examen radiologique et la bacilloscopie constituent le criterium le plus sûr. Ils nous renseignent sur le peu d'action du pneumothorax et finalement sur son échec.

L'expectoration n'a aucune tendance à diminuer. Les crachats restent gros, épais, purulents.

Et même si l'expectoration diminue en volume et en nombre l'analyse directe ou l'homogénéisation y décèlent à chaque fois des bacilles de Koch, signe que le pneumothorax est resté sans influence suffisante sur le foyer pulmonaire qui n'est pas éteint.

Une expectoration qui reste bacillifère doit faire chercher la cause qui entrave l'action du pneumothorax et trouver le moyen d'y remédier. Car si autrefois, au temps héroïque de la collapsothérapie, devant un pneumothorax inefficace on abandonnait la partie, actuellement on dispose de moyens complémentaires de collapsothérapie qui ont fait leurs preuves : section de brides, phrénicectomie, thoracoplastie, oléothorax (dans une moindre mesure) susceptibles de compléter un pneumothorax défaillant.

Aspect radiologique.

Avec autant de clarté la radiologie montre le peu d'action d'un pneumothorax inefficace.

Elle montre aussi la cause d'inefficacité la plus fréquemment rencontrée : l'impossibilité d'obtenir un bon colapsus.

Sur tous les clichés appartenant aux 50 malades

porteurs de pneumothorax inefficaces, on trouve des collapsus imparfaits. Des lobes entiers sont adhérents aux parois. Parfois les régions saines sont collabées, tandis que sur les parties atteintes le pneumothorax reste sans effet. Tantôt ce sont des blocs fibreux, denses, incompressibles, le plus souvent des adhérences tiraillant, maintenant béantes des cavités ; des adhérences qu'on ne put supprimer soit parce que trop larges — véritables nappes compactes — soit parce qu'appartenant à des cas antérieurs à 1926, époque à laquelle l'opération de Jacobeus n'était pas en France entrée dans la pratique courante.

Parfois une symphyse précoce s'installe et réduit le pneumothorax à une poche dont l'action est illusoire.

Enfin, dans quelques cas, le médiastin trop flasque, mobile, n'oppose aucune résistance, se laisse refouler et le poumon au lieu d'être collabé est tout simplement déplacé.

Dans ces conditions défavorables : larges adhérences, symphyse, irrétractilité du poumon, les lésions tuberculeuses ne régressent pas, elles évoluent, s'aggravent. Dans le poumon trop imparfaitement collabé des foyers restent actifs et évolutifs.

On voit des lésions exsudatives qui n'ont aucune tendance à la résorption ; des taches s'agrandissent, gagnent en surface et en profondeur ; les cavités augmentent de volume, et si on s'acharne à poursuivre le pneumothorax on ne réussit qu'à compri-

mer le parenchyme sain et bientôt on n'a plus que l'image d'une énorme cavité qui bombe dans le pneumothorax dant elle n'est séparée que par une coque plus ou moins épaisse, fragile muraille prête à céder. Et le pronostic immédiat du malade est assombri par le grave danger d'une perforation imminente.

* * *

Date d'apparition de la bilatéralisation

Variable. Il y a autant de bilatéralisations précoces que tardives.

La date où les lésions apparaissent dans le poudmon opposé ou tout au moins le moment où on les constate varie entre 1 mois et 4 ans après l'institution du pneumothorax.

Sur 50 cas :

6 se sont bilatéralisés,	1 mois après l'institution du pneumothorax
6 —	3 —
2 —	5 —
6 —	6 —
1 —	7 —
6 —	12 —
1 —	15 —
2 —	16 —
2 —	17 —
3 —	18 —
5 —	2 —
2 —	3 —
2 —	4 —

Pour 4 cas la date a été impossible à préciser.

5 observations appartiennent à des tuberculeuses ayant bilatéralisé leurs lésions à la suite d'une grossesse. Toutes les cinq étaient porteuses d'un pneumothorax médiocre. La grossesse et la tuberculose ne sont pas incompatibles. Une tuberculeuse enceinte peut parfaitement supporter sa grossesse, mais à condition que la tuberculose soit traitée par un pneumothorax efficace.

* *

Aspect clinique de la bilatéralisation

Très souvent la bilatéralisation est annoncée par l'apparition ou la recrudescence de signes fonctionnels ou généraux. De vieux malades traités en cure libre et qui depuis longtemps ont appris à enregistrer et analyser le moindre symptôme viennent consulter leur médecin alarmés par des douleurs thoraciques qui les font penser à une pleurésie ou par une recrudescence de la fièvre ou par l'augmentation de l'expectoration. Parfois même ce sont des hémoptysies véritablement révélatrices qui attirent l'attention sur le poumon jusque-là indemne.

Mais dans un nombre très grand de cas c'est tout à fait fortuitement qu'on découvre derrière l'écran des lésions qu'on ne soupçonnait pas et qui évoluaient à bas bruit. (Encore une circonstance où le rôle de la radiologie est primordial !)

— Le début de la bilatéralisation peut donc être

aigu ou *insidieux*. Le début insidieux passe tout à fait inaperçu, chez ces malades porteurs d'un pneumothorax inefficace qui sont constamment ou très facilement subfébriles, qui crachent des bacilles et qui ont un état général déficient. Les symptômes d'une nouvelle localisation sont noyés parmi les symptômes préexistants. D'où l'importance d'un examen clinique et surtout radiologique du poumon indemne à des intervalles réguliers et rapprochés.

— Le début *brusque, aigu*, qui attire plus facilement l'attention correspond très souvent à des lésions broncho-pneumoniques étendues.

MM. Ravina, Douady et Delarue ont relaté (*Annales d'Anat. Path.* 1931), deux cas de bilatéralisation suraiguë posthémoptoïque. Les malades furent emportés en 48 heures, au milieu de phénomènes asphyxiques. On constata à l'autopsie l'envahissement de tout le poumon. Histologiquement c'était le premier stade de lésion exsudative : une alvéolite séro-hémorragique. Les alvéoles étaient gorgées de sang dans lequel les bacilles de Koch fourmillaient.

* * *

Nous n'avons pu trouver aucune relation entre la forme anatomo-clinique de la tuberculose et la fréquence de la bilatéralisation.

Aucune systématisation n'est possible concernant la forme anatomique ou clinique de la tuberculose s'étant plus particulièrement bilatéralisée au

cours du traitement. On rencontre avec autant de fréquence les tuberculoses à allure torpide que les formes aiguës ou subaiguës ; les lésions massives de tout le poumon ou strictement localisées : apicales, basales ou hilaires ; les formes excavées ou non.

Ce n'est pas l'étendue des lésions, la présence de cavités, qui constituent surtout une menace pour le poumon opposé, mais leur façon favorable ou non de réagir au traitement par le pneumothorax.

Et dans cet ordre d'idées la participation de la plèvre sous forme d'adhérences larges, impossibles à couper et qui compromettent les résultats du pneumothorax est davantage à prendre en considération.

Aspect radiologique de la bilatéralisation

Les lésions nouvellement formées dans le poumon opposé apparaissent au début, dans la plupart des cas, sous l'aspect de taches plus ou moins confluentes, localisées de prédilection quand elles sont à droite dans la partie inférieure du lobe supérieur, très souvent juxta-scissurales ou juxta-hilaires. Elles peuvent évoluer et s'excaver rapidement si même elles ne le sont pas dès le début.

Les cas semblables aux deux observations relatées par MM. Ravina, Douady et Delarue sont plutôt rares.

L'étude clinique ne met en évidence qu'une seule constatation certaine : la relative fréquence de la bilatéralisation tant que le pneumothorax reste inefficace.

La cause de cette bilatéralisation nous échappe et l'absence de toute systématisation dans l'aspect radiologique des lésions ne semble pas pouvoir permettre d'affirmer que la bilatéralisation est consécutive aux embolies bronchiques.

Par contre il nous a semblé intéressant de chercher la date à laquelle ces pneumothorax qui devaient se montrer inefficaces ont été institués par rapport à la date du début de la maladie. Voici les chiffres que nous avons trouvés.

4 pneumothorax institués 1 mois après début maladie.

3	—	2	—
10	—	3	—
3	—	4	—
3	—	5	—
2	—	6	—
7	—	7	—
1	—	8	—
2	—	9	—
1	—	10	—
2	—	12	—
2	—	14	—
1	—	18	—
1	—	3 ans	—

Pour 8 cas la date du début de la tuberculose a été absolument impossible à préciser.

Si on fait la moyenne on trouve qu'un intervalle de 7 mois s'est écoulé entre la constatation des

premiers symptômes de l'affection et la date de l'institution du pneumothorax. C'est beaucoup trop.

* * *

Déductions thérapeutiques

L'apparition de lésions dans le poumon jusque-là indemne tandis que l'autre est bien mal en point aggrave singulièrement une situation déjà assez sérieuse.

Autrefois on abandonnait le pneumothorax. Actuellement, qu'on est mieux familiarisé avec la collapsio-thérapie, qu'une plus longue pratique de ses méthodes médicales et chirurgicales permet plus d'audace — on n'a pas le droit de rester inactif.

Avant d'intervenir sur le poumon le plus récemment atteint — il faut essayer de rendre plus efficace le pneumothorax déjà institué.

Les cas qui peuvent se présenter sont extrêmement variés, et il est impossible de tracer une ligne de conduite valable pour tous.

Si ce sont des adhérences qui empêchent le collapsus d'être effectif et si ces adhérences sont sectionnables — l'opération de Jacobeus est toute indiquée. Sa diffusion est le fait le plus notable dans le domaine de la phtisiologie, de ces dernières années. Ses résultats sont absolument remarquables. Un tiers des pneumothorax en bénéficie. On voit après la sec-

tion des adhérences le poumon se rétracter, des cavités restées béantes jusque-là s'affaisser.

L'oléothorax trouvera ses meilleures indications dans les cas où une cavité de la base reste incompressible, malgré des pressions positives qui compriment tout sauf la partie excavée.

L'oléothorax sera également utile en communiquant une certaine rigidité à un médiastin trop mobile, par la réaction pleurale provoquée par l'introduction d'huile. Enfin on l'instituera souvent avec succès contre les menaces de symphyse qui compromettent si gravement le pneumothorax.

Pour les cas où tout un sommet excavé est adhérent à la paroi — une apicolyse ou thoracoplastie partielle, apicale, peuvent être envisagées. Mais on les réalisera rarement.

L'éventualité la plus heureuse sera celle où des brides peu étendues ayant pu être coupées et une amélioration obtenue rapidement — on pourra, le pneumothorax devenu efficace, s'efforcer de le rendre électif pour récupérer une partie saine du champ d'hématose.

Le poumon dernier atteint peut être traité de différentes façons. Le pneumothorax reste encore le traitement de choix. S'il est impossible à instituer à la suite d'une symphyse étendue — la phrénicectomie pourra en une certaine mesure le suppléer.

Enfin on pourra recourir aux sels d'or qui paraissent en certains cas avoir été efficaces.

Mais tout ceci reste bien aléatoire si aucune amé-

lioration n'a pu être obtenue du côté du premier pneumothorax. Car il ne sert à rien d'arrêter des lésions nouvellement formées si le foyer ancien continue à évoluer et à s'aggraver.

* * *

*Les bilatérisations au cours des pneumothorax
efficaces*

Elles sont une minorité, puisque sur 65 cas nous n'en avons trouvé que 15 dans cette catégorie, donc une proportion de 23 %.

Nous considérons efficaces les pneumothorax qui ont amélioré d'une façon nette et durable l'état local et général du malade ; dont l'influence se fait sentir sur la température qui a baissé et devient normale, sur l'appétit qui revient, sur le poids qui augmente.

Mais ce sont surtout l'expectoration et l'examen radiologique qui restent le criterium le plus sûr de l'amélioration.

L'institution du pneumothorax est suivie après la première ou seconde insufflation d'une augmentation de la courbe de crachats (ce qui est un bon signe d'efficacité). A la façon d'une éponge le poumon qui se rétracte se vide de ses sécrétions. Cette recrudescence de l'expectoration n'est que passagère. Progressivement les crachats diminuent en nombre et en volume. Ils perdent leur aspect puru-

lent et deviennent de plus en plus muqueux. Quant à l'analyse bactériologique, si le pneumothorax est efficace, elle doit au bout de 3 à 6 mois se montrer négative, tant à l'examen direct qu'à l'homogénéisation. Le fait que les homogénéisations se maintiennent négatives est un signe précieux de guérison.

Quant à la radiologie elle est un contrôle sûr et dont on peut se passer. Pour suivre l'évolution des lésions elle garde autant de valeur que pour leur diagnostic. On voit quand le collapsus est efficace des taches confluentes ou non s'atténuer et disparaître ; des condensations importantes se résorber et ne laisser qu'une diminution de transparence du poumon touché. Les contours circulaires représentant des cavités et lesquelles, constatation fréquente, ne deviennent visibles que dans le poumon rétracté après l'institution du pneumothorax, diminuent progressivement de volume. Si un cadre scléreux ne les maintient pas rigides, les cavités s'affaissent et il ne reste plus qu'une tache cicatricielle régulière ou étoilée.

Disparition des bacilles dans les crachats, retour de l'aspect radiologique vers une image normale, chute de la fièvre, reprise du poids tout ceci se maintenant sans défaillance depuis 12 à 15 mois — semble autoriser à affirmer l'efficacité de la collapsothérapie.

Si ceci est vrai dans la majorité des cas, les 15 observations ci-jointes incitent à ne pas être ab-

solu tout au moins en ce qui concerne l'avenir de l'autre poumon.

* * *

Date d'apparition de la bilatéralisation

Elle est variable. On rencontre des bilatéralisations avec autant de fréquence dans la deuxième année que dans les troisième et quatrième années après l'institution du pneumothorax.

Dans 2 cas la bilatéralisation est apparue 1 mois après l'institution du pneumothorax.

Dans 1 cas la bilatéralisation est apparue 5 mois après l'institution du pneumothorax.

Dans 3 cas la bilatéralisation est apparue 2 ans après l'institution du pneumothorax.

Dans 4 cas la bilatéralisation est apparue 3 ans après l'institution du pneumothorax.

Dans 3 cas la bilatéralisation est apparue 4 ans après l'institution du pneumothorax.

Dans 2 cas la bilatéralisation est apparue 5 ans après l'institution du pneumothorax.

La bilatéralisation apparaît donc ici plus tardivement que dans les pneumothorax inefficaces. Elle surprend le malade au moment où on le croyait hors de danger alors qu'on l'avait autorisé à travailler et qu'il menait une vie normale.

En ce qui concerne les modalités de début : aigu ou insidieux, il y a une large prépondérance pour ce dernier : 11 cas sur 14.

Presque toujours, ce fut un fléchissement de l'état général qui attira l'attention : amaigrissement, fatigue, perte de l'appétit.

Quant au rapport entre la forme anatomo-clinique de la tuberculose initiale et la bilatéralisation, aucune systématisation n'est possible. Toutes les formes anatomo-cliniques se rencontrent avec une égale fréquence. Et ceci est tout à fait superposable à ce qu'on remarque pour les pneumothorax inefficaces.

Il ne nous a pas été possible de trouver la moindre cause ayant déterminé la bilatéralisation. Collapsus parfait, expectoration stérile, pas de surmenage, pas de maladie intercurrente, pas non plus de complications morales dont le rôle est loin d'être secondaire.

Quant à vouloir expliquer l'apparition du nouveau foyer dans le poumon indemne par un fléchissement de la résistance humorale, par des modifications de l'allergie, ce serait émettre des hypothèses d'ordre plutôt spéculatif, invérifiables dans l'état actuel de nos connaissances. Cette question sera peut-être résolue dans l'avenir avec tant d'autres problèmes touchant la tuberculose et qui, aujourd'hui, nous paraissent encore enveloppés de mystère.

* *

Traitement

Un seul et le plus efficace : le pneumothorax.

La bilatéralisation tardive des lésions tuberculeuses alors que le premier poumon est déjà traité avec succès par le pneumothorax constitue l'indication majeure du pneumothorax bilatéral.

On relâchera progressivement le premier poumon pour lequel on ne conservera qu'un collapsus de détente si on a la certitude de la guérison des lésions initiales. Sinon, on continuera de l'entretenir.

Le second pneumothorax sera créé avec prudence en évitant d'introduire des doses massives d'air et on sera heureux si on ne provoque qu'un pneumothorax électif. Le pneumothorax bilatéral n'est plus comme autrefois une méthode d'exception. Néanmoins on ne l'appliquera qu'à bon escient. Son entretien nécessite un contrôle radiologique fréquent et rigoureux. On évitera surtout au cours de réinsufflations la blessure du poumon par l'aiguille, car la perforation du poumon qui peut s'en suivre a, au cours du pneumothorax bilatéral, des conséquences infiniment plus graves qu'en cas de pneumothorax simple.

Si la symphyse empêche l'institution du second pneumothorax, on aura recours aux moyens chirur-

giques de collapso-thérapie et dont la modalité est fonction de l'étendue des lésions, de leur siège, de l'état général du malade.

Enfin, il y a des cas où la chrysothérapie peut être utile.

CONCLUSIONS

Il y a eu dans le service depuis 1923 jusqu'à aujourd'hui 120 cas de bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel. Chiffre infime si on le compare au nombre de tuberculoses unilatérales traitées dans le service depuis 1923 par le pneumothorax.

Certains des dossiers s'y référant étant incomplets, sans radiographies (détruites comme inflammables) ou accompagnés de clichés actuellement altérés et impropres à lire, nous n'avons pu retenir et citer en détail dans ce travail que 65 cas. Dans ce nombre il y a un pourcentage de :

76 % de bilatéralisation au cours de pneumothorax inefficaces.

23 % de bilatéralisation au cours de pneumothorax efficaces.

Cette différence nette des chiffres montre que dans la majorité des cas la bilatéralisation se produit quand le pneumothorax est inefficace.

Dans 15 observations de bilatéralisation au cours

de pneumothorax efficaces aucune cause concernant le traitement et ayant favorisé la bilatéralisation n'a pu être décelée. Le problème reste entier.

Dans les autres 50 cas appartenant à des pneumothorax inefficaces 3 faits ont pu être constamment retrouvés :

- 1° Collapsus : médiocre, rendu tel par des adhérences ;
- 2° Expectoration restée trop longtemps bacillifère ;
- 3° et probablement cause des deux autres : pneumothorax institué trop tard.

Des sanctions thérapeutiques s'en dégagent :

Instituer le pneumothorax le plus tôt possible.

Ne pas trop temporiser — car on ne doit pas oublier que le pneumothorax qui est possible aujourd'hui n'est peut-être plus possible le lendemain. Plus un pneumothorax est institué précocement — plus il sera efficace et sans complications, facile à entretenir.

— Le pneumothorax une fois installé, si le collapsus n'est pas suffisant à la suite d'adhérences, l'opération de Jacobeus s'impose.

— Si, malgré tout, le résultat escompté n'est pas atteint — ne pas s'entêter et faire appel tant qu'il est encore temps aux moyens chirurgicaux de collapsothérapie.

La collapsothérapie n'est peut-être pas la théra-

peutique idéale de la tuberculose pulmonaire. C'est le traitement spécifique de la tuberculose qui est l'idéal qu'on doit chercher à atteindre. En attendant, parmi les innombrables traitements proposés dans la tuberculose pulmonaire et dont un grand nombre sont prônés par un charlatanisme effronté, la collapsothérapie est la seule qui ait donné des résultats incontestables.

Vu, le Président :

Léon BERNARD.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

OBSERVATIONS CONCERNANT DES MALADES
S'ETANT BILATERALISES AU COURS
DE PNEUMOTHORAX INEFFICACES

OBS. 1. — M^{me} C... Hélène, 26 ans, charcutière.

Tuberculose pulmonaire unilat. dr. excavée, paraissant avoir débuté en v-30, 10 mois après un accouchement qui l'avait laissée très fatiguée. Pneumothorax artificiel droit le 20-vii-30. Décollement partiel. Tout le sommet est adhérent. Epanchement. Chrysalbine. Persistance d'une expectoration bacillifère. En Août quelques taches suspectes sous la clavicule g. Insufflations espacées. Un an après : tuberculose généralisée de l'autre poumon. Mort le 5-ii-32.

OBS. 2. — M^{me} P... Jeanne, 23 ans, femme de ménage.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilat. dr. dont le début insidieux remonte au début de 1928 coïncidant avec un abcès de la marge de l'anus fistulisé. Pneumothorax artificiel droit le 3-i-30. Total, mais plusieurs brides au sommet soustendent des cavités. Diminution de l'expectoration mais persistance de B. K. Bilatéralisation rapide, étendue. Chrysalbine inefficace. Cachexie. Diarrhée. Mort le 9-vi-30.

OBS. 3. — M^{lle} L... Emilienne, 20 ans, souffleuse de verre.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilat. g. non excavée dont le début insidieux semble remonter à iv-27. Pneumothorax artificiel gauche le 23-vii-27 qui se montre efficace. La T° d'abord irrégulière se stabilise autour de 37,5°. L'expectoration très abondante avant le pneu-

mothorax diminue considérablement mais reste toujours bacillifère. 19-x-27 épanchement liquide g. plusieurs fois évacué. 1-28 : bilatéralisation excavée. Le 3-III-28 pneumothorax artificiel droit satisfaisant.

OBS. 4. — M^{lle} Le G... Suzanne, employée de bureau, 23 ans.

Tuberculose lob. sup. g. datant de 1-18. Instit. d'un pneumothorax artificiel gauche en v-23. Bon décollement inf. mais toute la partie sup. du poumon est adhérente. La T° reste oscillante. Expectoration abondante et bacillifère. Le 18-VII-23 le pneumothorax est abandonné. XI-23 phrénicectomie. Bilatéralisation étendue. IV-24 hypertension. Albuminurie. Ictus. Hémiplégie avec aphasie. Azotémie. Mort le 18-IV-24.

OBS. 5. — M^{lle} N... Claire, 23 ans, cartonnière.

Tuberculose unilat. gauche excavée paraissant dater de XI-27. Début d'une grossesse vraisemblablement postérieur au début de la tuberculose. 22-III-28 pneumothorax artificiel gauche. Efficace. Bon collapsus. Apyrexie. Reprise de poids, 9-VI-28 poussée thermique légère. Présence de liquide à l'examen radioscopique. IX-29 bilatéralisation apicale. Mauvais état général. La malade reste fébrile.

OBS. 6. — M^{me} L... Blanche, 53 ans, cuisinière.

Tuberculose pulmonaire droite qui semble avoir débuté insidieusement en VII-27. Le 13-VIII-28 pneumothorax artificiel droit suivi d'un assez bon décollement. Diminution de l'expectoration mais persistance des B. K. La T° s'est régularisée. XI-28 Bilatéralisation. Aggravation. Cachexie progressive. Mort le 17-XII-28.

OBS. 7. — M^{lle} Ren..., 26 ans, pharmacienne.

Début brusque hémoptoïque et fébrile en II-25 d'une tuberculose pulmonaire d'abord unilat. dr. Pneumothorax artificiel droit en XI-25. Trois adhérences au sommet empêchent le collapsus du tiers sup. du poumon. Laryngite tuberculeuse. Epanchement purulent impossible à tarir par des ponctions répétées. L'expectoration n'est plus bacillifère au bout de 2 mois (mais on n'a fait que des examens directs). Lésions cavitaires gauches constatées en X-26. Mort en III-27. On constate à l'autopsie en dehors des lésions pulmonaires une amylose splénique et hépatique.

OBS. 8. — M^{me} R... Aline, 27 ans, employée de banque.

Tuberculose pulmonaire unilat. g. excavée. Lésions radiologiquement constatées en 1922 au cours d'un examen prophylactique motivé par 2 cas de tuberculose dans sa famille (frère et sœur). Pneumothorax artificiel gauche institué le 27-VIII-27. Collapsus total. Diminution de l'expectoration qui reste bacillifère jusqu'en X-28. En XI-28 nouvel épisode pulm. Bilat. excavée. Pneumothorax artificiel droit le 19-XI-28. Aggravation des lésions. Tuberculose intestinale. Mort le 10-IV-30.

OBS. 9. — M^{me} Goud..., 22 ans.

Tuberculose pulmonaire lobaire sup. g. ayant débuté insidieusement en I-26. Pneumothorax artificiel gauche le 22-XI-26. L'expectoration reste continuellement bacillifère. Déplacement du médiastin. En II-27 coïncidant avec plusieurs hémoptysies, apparaît une lésion excavée juxta hilaire dr. Pneumothorax artificiel droit en XII-28.

OBS. 10. — M^{me} Han..., 21 ans.

Tuberculose pulmonaire primitivement unilat. g. Pneumothorax artificiel gauche le 3-viii-29. Décollement incomplet. Insufflations difficiles. Pression rapidement élevée. Epanchement. Symphyse de la base. L'expectoration reste bacillifère. En ix-30 on constate des taches dans le sommet droit.

OBS. 11. — M^{me} Dem..., 26 ans, employée de bureau.

Tuberculose pulmonaire primitivement dr. s'étant déclarée au cours d'une deuxième grossesse. Pneumothorax artificiel droit le 11-vi-27. L'expectoration resté bacillifère. Adhérences au sommet. En mai 29 accouchement d'un enfant normal à terme. A partir de ce moment point douloureux thoracique g. Déclin de l'état général. En x-29 hémoptysies. Image cavitare sous-claviculaire gauche. Pneumothorax artificiel gauche le 20-iii-30. Expectoration toujours bacillifère. Etat médiocre.

OBS. 12. — M^{lle} Gou..., 26 ans, ouvrière.

Tuberculose primitivement unilat. dr. à début hémoptoïque en v-16. Longue période bien supportée. Episode évolutif en i-23. Pneumothorax artificiel droit en ii-1923. Total. Epanchement presque immédiatement après son institution. La T° baisse mais l'expectoration reste bacillifère. En 1926, au cours d'une poussée thermique à 40°, on constate de nombreuses taches micro-nodulaires confluentes dans le sommet g.

OBS. 13. — M. S... Pierre, 18 ans, employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire primitivement dr. à prédominance juxta scissurale ayant débuté brusquement

par hémoptysie et fièvre en x-29. Pneumothorax artificiel droit le 23-xii-29, paraissant total. Mais aucune influence sur la température qui reste subfébrile et sur l'expectoration. Le malade crache continuellement des B. K. En iv-31 : un an et demi après l'institution de son pneumothorax dr. il fait une poussée évolutive au cours de laquelle on constate des lésions g. non excavées. Pneumothorax artificiel gauche en v-31 incomplet, limité par des adhérences. Section de brides en x-31. Fièvre irrégulière atteignant parfois 40°. Troubles digestifs, diarrhée. Dyspnée. Mort en xii-31.

OBS. 14. — M. Rob... André, 31 ans, électricien.

En vii-26 début insidieux d'une tuberculose pulmonaire dr. Pneumothorax artificiel droit institué en ii-27. Entre temps nombreuses hémoptysies. Sommet adhérent par de multiples brides. Le pneumothorax n'a aucune influence sur la courbe de la température et sur l'expectoration. On retrouve continuellement des B. K. dans les crachats. En iii-27, épanchement dr. A l'écran des taches suspectes dans la partie moyenne du pounf. g. jusque-là indemne . . .

OBS. 15. — M. Ceron..., 27 ans, employé de chemin de fer.

Tuberculose unilat. g. dont le début insidieux paraît remonter à xii-27. Pneumothorax artificiel gauche en vi-28. Chute de la T°. Disparition de l'expectoration et des B. K. En ix-28, épanchement. En xi-29, réapparition des B. K. dans les crachats. Symphyse progressive. Les insufflations deviennent impossibles. Pneumothorax abandonné. Le 23-xi-29 phrénicectomie g. En i-30 on

constate des taches discrètes dans la région moyenne du poum. dr. Mort en xi-31.

OBS. 16. — M^{me} Rou... Marguerite, 31 ans.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilat. dr. Début par hémoptysie en iii-29. Pneumothorax artificiel droit en x-29. L'expectoration et la fièvre diminuent provisoirement. Reprennent au bout d'un mois. Un traitement par la chrysalbine ne peut être continué, ayant provoqué de la diarrhée. Tendance du pneumothorax à la symphyse. L'expectoration se montre continuellement bacillifère. En iv-30 on constate des lésions spicales dr. non excavées.

OBS. 17. — M. Pas..., 20 ans, livreur.

Tuberculose pulmonaire unilat. g. Début par hémoptysie en vii-27. Pneumothorax artificiel le 15-i-28.

Collapsus peu satisfaisant à cause de nombreuses brides. La T° baisse. L'expectoration diminue et ne contient plus des B. K. à l'examen direct. En v-28 recrudescence de la T°. On constate à droite des taches dans la moitié sup. du poumon. Confluentes au sommet. Tuberculose intestinale. Mort le 26-ii-29.

OBS. 18. — M. Dou..., 30 ans, infirmier.

Malade depuis 1926. Pneumothorax artificiel le 30-vii-29 pour une lésion unilat. g. Les insufflations sont poursuivies régulièrement quoique à l'écran le pneumothorax n'est visible que sous la forme d'une bande claire juxta médiastinale. L'expectoration reste bacillifère. En x-29 on a l'attention attirée par une image cavitaire qui s'est constituée dans le sommet dr. Le 25-xi-29, pneumothorax artificiel droit.

OBS. 19. — M^{lle} Bouc..., 17 ans, vendeuse.

Début de la tuberculose pulmonaire par hémoptysie et fièvre en III-25. Pneumothorax artificiel droit à l'hôpital Herold le même mois avec bon résultat local et fonctionnel. Pendant un an de repos se porte bien, ne crache plus. La bactérioscopie se montre négative. En IX-26 recommence à travailler mais bientôt : fatigue, point douloureux thoracique g. Un exam. radiogr. montre des lésions étendues dans le poum. g. Pneumothorax artificiel gauche en V-27. Plus tard transformation des deux pneumothorax en oléothorax pour épanchement intarissable.

OBS. 20. — M^{me} Bas..., 27 ans, infirmière.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilat. g. avec une cavité de la grosseur d'une mandarine sous la clavic. g. ayant débuté par un épisode aigu en VII-26. On lui propose à ce moment un pneumothorax qu'elle refuse. Revient à l'hôpital un an plus tard en IX-27 avec une énorme cavité occupant tout le tiers sup. du poum. g. Pneumothorax artificiel gauche le 5-IX-27. Partiel. Inefficace. Expectoration non modifiée, bacillifère. Refuse la phrénicectomie. Bilatéralisation lobaire sup. dr. Troubles digestifs. Diarrhée. Mort le 26-II-29.

OBS. 21. — M^{me} Riv..., 19 ans, dactylographe.

Sa tuberculose pulmonaire semble avoir débuté insidieusement en VII-27. Dès cette période on constate une lobite sup. dr. excavée qu'on traite par un pneumothorax artificiel droit. Le début de la tuberculose paraît avoir coïncidé avec une grossesse qui est menée normalement à terme. Malgré le pneumothorax, la cavité du sommet reste béante. Expectoration bacillifère. En déc. 28 la fièvre

reprend. On constate des lésions excavées dans le poumon gauche. Pneumothorax artificiel gauche. La malade est morte un an après en IV-29.

OBS. 22. — M. Ben..., 32 ans, journalier.

Tuberculose primitivement unilat. dr. excavée, au début aigu en I-32, pour laquelle on institue un pneumothorax artificiel droit en II-32, un mois après le début tout au moins apparent de sa maladie. Défervescence immédiate. Reprise de l'appétit et du poids, mais l'expectoration reste bacillifère. Deux brides apicales relient le sommet à la paroi auxiliaire. En V-32: ascension thermique qui attire l'attention sur le poumon gauche où se trouve un semis de taches sous-claviculaires. Pneumothorax artificiel gauche en V-32.

OBS. 23. — M. Ban..., 25 ans.

Tuberculose primitivement unilat. g. Début en I-31 insidieux par amaigrissement et fatigue. Pneumothorax artificiel gauche en II-31. Le sommet est retenu à la paroi par des brides larges impossibles à sectionner. Présence de B. K. dans les crachats pendant quatre mois encore. Puis succède une longue période d'expectoration stérile. Repos scrupuleusement suivi, mais en II-32 poussée évolutive avec apparition d'une vaste cavité dans le lobe sup. dr. Pneumothorax artificiel droit en V-32.

OBS. 24. — M. Nia..., 40 ans.

Tuberculose primitivement unilat. dr. ayant débuté brusquement en IX-31 par un épisode aigu qualifié « grippe ». Pneumothorax artificiel droit le 17-X-31, malheureusement limité par de nombreuses adhérences.

Rapidememnt il est réduit à une simple poche, dans le tiers moyen dans la région ant. Aucune influence sur l'état local et fonctionnel. Les crachats ne diminuent pas et restent continuellement bacillifères. En III-32 apparition de taches disséminées dans le sommet g. Evolution rapide. Phrénicectomie droite. Chrysalbine sans résultat. Mort en IX-32.

OBS. 25. — M^{me} Riv..., 20 ans, couturière.

Tuberculose pulm. primitivement unilat. lob. sup. dr. excavée. Début brusqué en I-28. En VII-28 pneumothorax artificiel droit. Le collapsus paraît complet mais l'expectoration reste continuellement bacillifère. En XII-28 on constate quelques taches confluentes à g. qui s'excavent rapidement. Pneumothorax artificiel gauche impossible à cause de symphyse. Chrysalbine.

OBS. 26. — M^{me} Le Rol..., 32 ans, infirmière (mari tuberculeux).

Tuberculose lob. sup. dr. excavée ayant débuté brusquement en XI-27. Pneumothorax artificiel droit en II-28. Pendant deux mois les expectorations restent bacillifères. Le poumon est largement adhérent dans sa partie sup. Pendant longtemps on n'a pratiqué qu'une seule analyse directe qui a été négative. Reprend le travail en VIII-30 dans un service de tuberculeux. En IV-31 se sent fatiguée. On l'examine et on constate l'atteinte du poumon gauche qui présente une cavité dans le tiers sup. Institution d'un pneumothorax gauche.

OBS. 27. — M^{lle} Le Pen..., 22 ans.

Tuberculose primitivement unilat. g. ayant débuté en XII-24 par un court épisode fébrile. Sanatorium. Le

Pneumothorax est institué seulement en vi-26. Collapsus médiocre. Une vaste cavité sous-claviculaire, reste béante, Aucune influence sur la T° et sur l'expectoration qui reste bacillifère. En vi-26 on constate des lésions à dr. (aspect en mie de pain). Laryngite tuberculeuse. Mort le 15-x-26.

OBS. 28. — M^{lle} Mur..., 20 ans.

Pneumothorax artificiel droit, institué le 19-1-30 pour une tuberculose dr. qui semble avoir débuté par un épisode aigu qualifié « grippe » en x-29. Pneumothorax grand total, malgré une adhérence apicale filiforme. L'expectoration reste abondante (30 crachats par jour en moyenne) et pendant deux ans elle contient des B. K. En m-31 dans le poumon g. taches confluentes et image cavi-taire sous-claviculaire. Pneumothorax artificiel gauche le 16-iv-31.

OBS. 29. — M^{lle} Sib..., 18 ans, couturière.

Pneumothorax gauche institué en iv-1924 pour une tuberculose pulmonaire unilat. g. ayant débuté par un épisode fébrile en m-1924. Deux adhérences au sommet maintiennent béante une cavité. Etat général et fonction-nel bon jusqu'en x-26, quand quelques jours après la reprise du travail la toux et l'expectoration réapparaissent. Semis de taches et image annulaire dans le tiers sup. du poumon droit.

OBS. 30. — M^{me} Mag..., 38 ans.

Tuberculose d'abord unilat. g. ayant débuté par un épisode aigu qualifié « grippe » en xi-30. Pneumothorax artificiel gauche le 17-ii-31. Grand, total, mais deux brides au sommet et une autre à la partie moyenne. L'ex-pectoration reste longtemps bacillifère. En 1-32 hémopty-

sies, en même temps semis de taches et image annulaire dans le quatrième espace intercostal à droite. Pneumothorax artificiel droit en III-32. Amélioration notable des signes fonctionnels et généraux.

OBS. 31. — M^{me} Dañ..., 38 ans, ménagère.

Tuberculose unilat. g. non excavée, ayant débuté insidieusement en IX-25. Pneumothorax artificiel gauche en IV-26. Collapsus total. Légère diminution de la T° et de l'expectoration qui reste bacillifère. En I-28, accident fébrile. Bilatéralisation juxta scissurale dr. Pneumothorax droit.

OBS. 32. — M^{lle} M... Mathilde, 22 ans, assistante scolaire.

Tuberculose lob. moyenne dr. excavée dont le début insidieux remonte en X-25. En I-26 pneumothorax artificiel droit. Collapsus médiocre, diminution de l'expectoration qui reste bacillifère. Un mois après des taches juxta-hilaires g. apparaissent pour lesquelles on institue un pneumothorax artificiel gauche.

OBS. 33. — M^{me} Ra..., 31 ans.

Début brusque hémoptoïque d'une tuberculose primitivement unilat. dr. en III-29. Pneumothorax artificiel droit en X-29 suivi d'une diminution de la T° et de l'expectoration. Epanchement. Symphyse de la moitié inf. Les analyses de l'expectoration sont continuellement positives. Bilatéralisation excavée en X-30. Mort en XII-30.

OBS. 34. — M^{me} Ben..., 33 ans, domestique.

Tuberculose d'abord unilat. droite à début imprécis. Tous les hivers depuis 1910 elle présentait des épisodes

pulmonaires aigus avec toux, expectoration, fièvre. En x-27 nouvel épisode aigu accompagné cette fois-ci d'une forte hémoptysie. En même temps laryngite tuberculeuse. Pneumothorax artificiel droit en iii-28. Collapsus médiocre. Aucune influence sur l'expectoration. La laryngite tuberculeuse à forme sténosante nécessite une trachéotomie. Accouchement normal après une grossesse à terme en vi-28. Six mois après on constate des lésions juxta hilaires gauches.

Obs. 35. — M^{lle} Cud... Henriette, 17 ans, vendeuse.

(Tub. familiale) : père, mère, sœur morts de tuberculose. Tuberculose d'abord unilat. g. excavée. Début insidieux avec fatigue, sueurs nocturnes, en x-31. Pneumothorax artificiel gauche en vi-32. Collapsus satisfaisant malgré des brides au sommet. L'expectoration reste bacillifère. Fin juillet épisode fébrile coïncidant avec l'apparition de taches dans le champ pulmonaire dr. En août traitement par la chrysalbine. Amélioration progressive et disparition des lésions droites. En octobre l'expectoration ne contient plus des bacilles.

Obs. 36. — M^{me} Bru..., 25 ans, bijoutière.

Tuberculose primitivement unilat. dr. montrant à l'examen radiologique une ombre triangulaire à base externe, située dans la moitié sup. du poumon. Le début insidieux en i-25, paraît avoir coïncidé avec un accouchement prématuré de trois mois. Pneumothorax artificiel droit en x-25. Pneumothorax grand total laissant voir une volumineuse image cavitaire maintenue béante par une bride. Epanchement. Important déplacement du médiastin. Aucune influence sur la température qui devient largement oscillante. L'expectoration augmente et se

maintient à un taux sup. à celui existant avant le pneumothorax et reste bacillifère. Laryngite tuberculeuse. Bilatéralisation précoce au début de xi-25. Diarrhée. Mort au milieu de phénomènes asphyxiques, le 24-ii-26.

OBS. 37. — M. Gai... Louis, 28 ans, garçon des restaurant.
Tuberculose familiale.

Tuberculose d'abord unilat. lob. sup. dr. ayant débuté insidieusement en viii-26. Commence à se soigner en 1928 et n'accepte qu'en iv-29 un pneumothorax artificiel droit. Collapsus moyen, car le lobe sup. est maintenu à la paroi par une bride latérale. Aucune influence sur la température et la courbe de l'expectoration. Au bout d'un mois les analyses directes sont négatives. On n'a pas fait d'homogénéisations. Un an après : épanchement. Bilatéralisation discrète.

OBS. 38. — M. Ber..., 22 ans, photographe.

Tuberculose primitivement utilatérale gauche ayant débuté par une hémoptysie en v-27. Ne prend pas au sérieux son affection, et ne commence à se soigner qu'en x-27 quand il présente des symptômes de tuberculose intestinale. Pneumothorax artificiel gauche en x-27. Collapsus total, mais dans le sommet une cavité reste incompressible. Etat général mauvais. L'expectoration est toujours bacillifère. La diarrhée persiste. Bilatéralisation excavée. Mort quelques jours après sa sortie de l'hôpital Laënnec, le 24-x-28.

OBS. 39. — M. Pon..., 20 ans, serrurier.

Début aigu d'une tuberculose pulmonaire dr. excavée en x-29. Pneumothorax artificiel droit en ii-30.

Malgré un collapsus qui semble total, l'expectoration reste abondante et constamment bacillifère. En ix-30, hospitalisé à l'Hôtel-Dieu de Paris où on constate des lésions à tendance extensive à gauche. Pneumothorax artificiel gauche en xi-30. Incomplet. Nombreuses adhérences. Section laborieuse de brides en iii-32. Cordite tuberculeuse bilatérale. Mort en iv-32 avec un épanchement purulent gauche.

OBS. 40. — M. Der... Pierre, 22 ans, dessinateur.

Début insidieux en vii-29 d'une tuberculeuse excavée dr. Pneumothorax artificiel droit en x-29. Modérément efficace. Adhérences. Section de brides en ii-30. Toutes les homogénéisations montrent des B. K. dans les crachats. En xiii-30 épanchement droit, abondants B. K. à l'examen direct. Abscess de la paroi à la suite d'une ponction. Au début de i-32 reprise de l'épanchement à dr. Perforation, ensemencement du poumon g. Pleurotomie. T^o hectique. Mort.

OBS. 41. — M^{me} Alb..., 42 ans, employée des Postes.

Tuberculose primitivement unilat. g. paraissant avoir débuté en ii-25 par un épisode aigu fébrile et hémoptysie importante. En vi-25 pneumothorax artificiel gauche. Les examens directs sont négatifs mais les homogénéisations sont positives. Un mois et demi après, épanchement. En xi-28, à l'occasion d'une réinsufflation, nouvelle hémoptysie. A l'examen on trouve une condensation du champ pulmonaire dr. autour de l'interlobe. Petite tache dans la zone sus-claviculaire. Institution d'un pneumothorax artificiel droit.

OBS. 42. — M^{me} Ben..., 22 ans, couturière.

Tuberculose primitivement unilat. dr. excavée. Début insidieux en x-27. Pneumothorax artificiel droit en v-28. Le sommet du poumon est largement adhérent. L'expectoration reste constamment bacillifère. Epanchement en vi-28. Bilatéralisation en xi-28.

OBS. 43. — M^{me} Laf..., 23 ans (polynévrite toxique : Dial).

Tuberculose d'abord unilat. g. non excavée dont le début insidieux semble remonter en v-23. Pneumothorax artificiel gauche le 28-iii-24. Deux jours après : épanchement. T° élevée. Grandes adhérences dans la région axillaire. L'expectoration reste bacillifère. Bilatéralisation micro-nodulaire constatée en viii-24.

OBS. 44. — M^{lle} Cro..., 20 ans, ouvrière.

Pneumothorax artificiel droit institué le 11-ix-28 pour une tuberculose unilat. lobaire sup. excavée semblant avoir débuté insidieusement trois mois auparavant. Adhérences à la partie moyenne et au sommet sous-tendant une cavité. En viii-29 l'expectoration jusque-là négative contient des B, K. Bilatéralisation symétrique : lobite sup. gauche excavée. Pneumothorax artificiel gauche.

OBS. 45. — M^{me} M..., 25 ans (père mort de tub. pulm.).

Tuberculose primitivement unilat. dr. lob. sup. traitée par le Pneumothorax artificiel droit en iii-29, qui n'amène pas la stérilisation de crachats. T° subfébrile. Pneumothorax grand partiel. En ii-30 accident fébrile aigu. On trouve dans le poumon gauche un semis de taches confluentes.

OBS. 46. — M^{me} M..., 25 ans, domestique.

Pneumothorax artificiel gauche institué le 18-x-26 pour une tuberculose unilat. non excavée paraissant avoir débuté insidieusement en iv-26. Le pneumothorax est médiocrement efficace. Il existe deux brides axillaire et apexienne. Expectoration bacillifère pendant un an. En 1928 grossesse menée à terme sans accidents. Mais immédiatement après l'accouchement, poussée thermique, reprise de l'expectoration bacillifère. Bilatéralisation excavée. Pneumothorax artificiel droit. Evolution rapide. Mort le 15-ii-29.

OBS. 47. — M^{me} Dro..., 21 ans, femme de ménage.

Tuberculose unilat. dr. excavée paraissant avoir débuté insidieusement avec une seconde grossesse. Pneumothorax artificiel droit en i-28. Un mois plus tard épanchement, poussée thermique à 39°. Le sommet, siège d'une volumineuse cavité, reste adhérent. Expectoration riche en B. K. Accouchement normal à terme en v-28 suivi d'un déclin rapide de l'état général. Fièvre élevée, irrégulière. Dans le poumon opposé une vaste cavité s'est creusée. Mort le 19-viii-28.

OBS. 48. — M^m Hen..., 26 ans, ouvrière.

Tuberculose primitivement unilat. dr. à début hémoptoïque en 1923. Traitée par pneumothorax droit qui ne donne qu'un collapsus médiocre et qui n'influence pas l'expectoration qui reste bacillifère. Grossesse menée à terme en 26. Le pneumothorax est toujours entretenu. Après l'accouchement : fatigue, sueurs nocturnes, expectoration bacillifère. Bilatéralisation micro-nodulaire constatée en x-27. Pneumothorax gauche le 18-xi-28.

Obs. 49. — M^{lle} Aim..., 16 ans.

Tuberculose pulmonaire primitivement unilat. para hilaire dr. excavée. Début en vi-28 par épisode aigu fébrile. En ix-28 : pneumothorax droit. Brides larges dans la région moyenne. L'expectoration reste bacillifère pendant 6 mois. Epanchement en vi-29. Bilatéralisation excavée en vii-30. Chrysabiline. Mort le 6-xi-30.

Obs. 50 — M^{me} Dro..., 26 ans.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilat. gauche non excavée, ayant débuté par un accident fébrile aigu en viii-27. Pneumothorax gauche en x-27 avec bon résultat fonctionnel. L'expectoration diminue mais reste bacillifère. Un an plus tard : hydropneumothorax. En même temps on constate une bilatéralisation discrète. Pneumothorax artificiel droit.

OBSERVATIONS CONCERNANT DES MALADES
S'ETANT BILATERALISES AU COURS DU
PNEUMOTHORAX EFFICACE

OBS. 1. — M^m Jan..., 26 ans, lingère.

Tuberculose familiale. Sœur porteuse d'un pneumothorax. Père tuberculeux. Elle-même à l'âge de 10 ans a eu une coxalgie actuellement guérie. En XII-22 commence à tousser et à expectorer de gros crachats verdâtres. Un mois plus tard on constate une condensation homogène de la moitié sup. du poumon gauche. Une analyse des crachats se montre positive. Pneumothorax artificiel gauche. Epanchement gauche. Opérée d'appendicite en V-24. Anesthésie rachidienne. En 1925, à la suite d'une ponction : abcès de la paroi et fistulisation. En XII-26 on ne peut plus la réinsuffler. Symphyse. Abandon du pneumothorax. En mars 1930, après 4 ans de bonne santé apparente : épisode aigu qualifié « grippe infectieuse ». Réapparition de l'expectoration bacillifère. On constate une lobite sup. droite excavée, qu'on traite par un pneumothorax.

OBS. 2. — M^{me} Pra...

Début hémoptoïque en VII-2X, fièvre, toux, expectoration. Pneumothorax artificiel gauche en IX-28 à Tenon, pour tuberculose unilatérale gauche non excavée. Un mois après l'institution du pneumothorax, épisode aigu à 40° ayant fait penser à une typhoïde. Puis tout s'arrange. Pendant 4 ans se porte bien, on l'insufflé régulièrement. Le collapsus était parfait malgré une légère

adhérence au sommet. Aucune lésion n'était plus visible dans le moignon collabé. De 1928 à 1932 toutes les analyses de l'expectoration, tant à l'examen direct qu'à l'homomgénisation, sont négatives. En juillet 1932, pendant un séjour dans le Lot, température, céphalée, douleurs thoraciques droites. On constate une lobite supérieure droite excavée. En août 32 : pneumothorax artificiel droit.

Obs. 3. — M^{me} Ha... Estelle, 32 ans, couturière.

Tuberculose d'abord unilat. droite discrète, dont le début insidieux remonte à vi-26. Pneumothorax artificiel droit en ix-26. Bon collapsus. Amélioration des signes fonctionnels et signes généraux. Disparition rapide des bacilles dans les crachats. En iii-30, au cours d'un examen fortuit, on découvre des taches sous-claviculaires gauches. Pneumothorax artificiel gauche rapidement suivi d'épanchement.

Obs. 4. — M^{me} Dr..., 33 ans, infirmière.

Tuberculose d'abord lobaire sup. droite paraissant avoir débuté insidieusement en mai 1923. Pneumothorax artificiel droit en viii-32 ayant donné un résultat excellent. Amélioration de l'état général et fonctionnel. Stérilisation de l'expectoration. En 1925 pendant un séjour à Angicourt épanchement dans le pneumothorax. En 1926 poussée évolutive avec réapparition momentanée de B. K. dans les crachats, ayant coïncidé avec un début de grossesse qui est menée à terme sans accidents. Abandon du pneumothorax en viii-27. En ii-28, fatigue, fièvre, expectoration bacillifère. On constate une lésion excavée dans le sommet du poumon gauche indemne jusque-là.

OBS. 5. — M^{me} Mon..., 22 ans, employée.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilatérale droite lobaire sup. excavée ayant débuté insidieusement en xi-23 et accompagnée d'une laryngite tuberculeuse. En iv-24 : pneumothorax artificiel droit. Pneumothorax total, efficace, chute de la T°. Diminution de l'expectoration. Disparition des B. K. dans les crachats 2 semaines après l'institution du traitement. Abandon du pneumothorax en iv-28. 4 mois après : hémoptysie. On constate dans le poumon gauche jusque-là indemne une image de mie de pain juxta-hilaire. Pneumothorax artificiel gauche.

OBS. 6. — M. An... Robert, 19 ans 1/2, employé.

Tuberculose familiale à début insidieux impossible à préciser. En ii-26 on lui découvre au Dispens. Léon-Bourgeois au cours d'une visite prophylactique une lobite sup. droite excavée. Pneumothorax artificiel droit en iv-26. Collapsus satisfaisant. Pendant 3 ans n'a plus de B. K. dans ses crachats. On n'a pas fait des homogénéisations. En v-29 apparition de taches à gauche qui nécessite un pneumothorax artificiel gauche en vii-31.

OBS. 7. — M^{me} Morr..., 45 ans, ouvrière découpeuse.

Cohabitation avec mari tuberculeux pendant 3 ans. Début de son affection en v-30 par épisode aigu qualifié « grippe ». On lui trouve à l'hôpital Laënnec une condensation juxta-hilaire et scissurale droite. Poumon gauche intact. On lui propose un pneumothorax droit. Trompée par son état général satisfaisant elle refuse et quitte l'hôpital. Un an après en ix-31 importante hémoptysie qui l'amène à accepter cette fois-ci, le pneumothorax *droit* pour des lésions qui entre temps avaient largement évolué vers une lobite sup. droite massive. Collapsus parfait. Une

adhérence filiforme au sommet n'est pas gênante. Expectoration complètement tarie et non bacillifère. Mais en 11-32 on constate l'apparition de taches au sommet gauche qui évoluent rapidement et s'excavent. Un pneumothorax artificiel g. va être institué.

OBS. 8. — M^m Cot..., 27 ans, sans profession.

Début en VIII-27 par de la fièvre, toux, expectoration. On constate à ce moment des lésions non cavitaires dans le poumon droit. Long séjour à la campagne. Aggravation. Pneumothorax artificiel droit en IV-28 à Cochin. Collapsus médiocre. Persistance des B. K. dans l'expectoration. En XI-28 résection d'adhérences après pleurotomie par le D^r Baumgartner. Epanchement. Disparition des bacilles dans l'expectoration. Ponctions multiples. Etat général très bon. Cessation des insufflations au début de 31. En 1-32 hémoptysie, poussée fébrile. On constate des lésions multiples cavitaires dans le poumon gauche resté jusque-là indemne.

OBS. 9. — M^{me} Kor..., 22 ans, sans profession.

Mari tuberculeux. Fatigue à la suite d'un surmenage, amaigrissement en VIII-30. Après un examen clinique négatif on constate sur un cliché radiographique l'existence de taches non confluentes sous la clavicule droite. On institue immédiatement un pneumothorax artificiel droit (VIII-30). Se repose à Cambo où elle fait deux mois après l'institution du pneumothorax une pleurésie séro-fibrineuse contrelatérale g. Collapsus droit parfait. Une bride filiforme apicale s'étire et disparaît au bout de 5 mois. L'expectoration diminue et ne contient plus de B. K. Elle reste stérile jusqu'en 1932. Entre temps pleurésie dans son pneumothorax, en 1-31 qui est suivie d'une

symphyse progressive. Le pneumothorax est réduit à une poche sup. Après 2 ans d'amélioration, d'apyrexie d'analyses bactériologiques négatives on constate en viii-32 fortuitement au cours d'un examen radioscopique des taches sous la clavicule g. On institue un traitement chrysothérapique.

OBS. 10. — M. M... Georges, 26 ans, imprimeur.

Tuberculose pulmonaire unilat. dr. excavée. Début insidieux en 1926. (Tuberculose familiale : père mort en 1903, mère en 1914). En v-27, institution d'un pneumothorax artificiel droit. Collapsus total. L'expectoration diminue, au bout de 6 semaines elle ne contient plus des B. K. En viii-27 l'expectoration augmente mais reste non bacillifère. Le malade se plaint d'un point de côté à gauche. Aucun signe clinique ou radiologique. En vii-30 bilatéralisation légère. Adénopathie cervicale.

OBS. 11. — M. Mic..., 19 ans, étudiant.

Tuberculose pulmonaire lob. sup. dr. excavée, paraissant avoir débuté en 1-28 insidieusement. Institution d'un pneumothorax artificiel droit en 1-29. Efficace. Entretenu. L'expectoration diminue et n'est plus bacillifère 10 jours après le pneumothorax. iii-29 bon collapsus dr. La cavité est diminuée de volume malgré 2 brides filiformes apicales. ii-29 la cavité a disparu. Le poumon est revenu à la paroi. x-29 reprend ses études. 1-30 taches suspectes à gauche. Temp. à 40°. Pleurésie gauche. v-30 lésion excavée à g.; à dr. réapparition d'une cavité. Pneumothorax artificiel gauche en vii-30. Mort le 15-v-31.

OBS. 12. — M^{lle} L... Georgette, 19 ans 1/2, magasinnière.

Tuberculose lob. sup. dr. excavée, dont le début remonte à 1-29. vii-29 pneumothorax artificiel droit. Bon dé-

collement. La T° oscillante jusqu'alors entre 36,8°-38,5° devient normale. Diminution de l'expectoration et disparition des B. K. En xi-29 apparition d'un épanchement liquide à la base du champ pulm. dr. qui se résorbe spontanément sans compromettre le bon résultat du pneumothorax. En iii-31 bilatéralisation sup. g. En iv-31 pneumothorax artificiel gauche. Bon collapsus.

OBS. 13. — M^{lle} Dors..., 19 ans, vendeuse.

Tuberculose pulmonaire d'abord unilat. g. lob. sup. paraissant avoir débuté insidieusement en vi-28. Pneumothorax artificiel gauche le 31-viii-28. Total. Efficace. L'expectoration disparaît. Elle ne contient plus des B. K. En x-30 bilatéralisation (taches confluentes dans le sommet dr.) paraissant avoir coïncidé avec un début de grossesse. Pneumothorax artificiel droit le 3-xii-30. Ultérieurement (31) grossesse menée à terme sans encombre.

OBS. 14. — M^{lle} B... Rose, 18 ans.

Tuberculose pulmonaire unilat. dr. non excavée dont le début insidieux remonte en x-24. Soignée dans un préventorium. Poussée évolutive en x-25. En iv-26 pneumothorax artificiel droit. Bon collapsus avec stérilisation de l'expectoration. Bilatéralisation en v-28. vi-28 pneumothorax artificiel gauche. Une radiographie montre l'efficacité du double pneumothorax.

OBS. 15. — M^{me} M... Hélène, 29 ans.

Tuberculose pulmonaire unilat. g. micro-nodulaire ayant débuté en xii-28 par accident fébrile. Pneumothorax artificiel gauche le 23-iv-29. Légère augmentation du poids et diminution légère de l'expectoration mais persistance des B. K. dans les crachats. Le 27-ix-29 section de brides.

Disparition des B. K. x-29 nouvelle reprise des accidents pulmonaires. Bilatéralisation excavée. B. K. dans les crachats. Diminution du poids. Le 23-x-29 bilatéralisation du pneumothorax qui se montre efficace. Disparition des B. K. Le 25-xi-29 un cliché montre à g. un bon collapsus, à dr. un décollement total. Effacement de la cavité.

BIBLIOGRAPHIE

- Léon Bernard.* — Pneumothorax et lésions pulmonaires bilatérales (Bul. de la Soc. Méd. Hôp., 1920).
- Léon Bernard.* — Arrêts et évolution de la tuberculose pulmonaire.
- Léon Bernard et Salomon.* — Action curatrice d'un pneumothorax spontané artificiellement entretenu chez une tuberculeuse à lésions d'apparence bilatérale (Soc. Méd. des hôpitaux de Paris, séance du 5 nov. 1920).
- Blanchy (M.).* — Etude critique sur le pneumothorax artificiel et bilatéral dit « alterné » (Thèse Paris 1932).
- R. Burnand.* — Le pneumothorax guérit-il la phthisie (Pr. Méd., mars 1924).
- Deux cas de pneumothorax successivement bilatéral (Soc. Méd. Hôp. Paris, 17 déc. 1920).
- Comment se comporte le poumon opposé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel (Pr. Méd. 1913).
- Chabaud (J.).* — La bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique (Thèse, Paris 1925).
- Coulaud (E.).* — Contribution à l'étude du pneumothorax bilatérale simultanée. (Annales de Médecine 1930.)
- Doubrow et Roubier.* — Etude histopathologique ou mode d'action du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire (Revue de la Tuberculose, 1929).
- Dumarest et Brette.* — La pratique du pneumothorax thérapeutique. Masson 1929.
- Fechter (H.).* — Infiltrative neuherdbildungen der gegenseite bei Pneumothoraxbehandelten (Zeitschrift für Tuberkulose 1930).
- Fortanini.* — Del pneumothorace artificiale consecutivamente bilaterale (Rivista delle pubblicazioni sul pneumothorace terapeutico 1911).

- Hinsella et Mattill.* — Bilateral Pneumothorax (Ann. Rev. of Tuberculosis, déc. 1927).
- Jocquelin.* — Le poumon opposé durant le pneumothorax artificiel (Pr. Méd., 1928).
- Luzzato-Pegiz (G.).* — Poussées évolutives contro-latérales pendant la résorption des pneumothorax artificiels (Tuberculosis 1922).
- Naveau (P.).* — Les résultats du pneumothorax thérapeutique (Thèse Paris 1925).
- Peraire.* — Du pneumothorax artificiel chez les tuberculeuses gravides (Thèse Paris 1931).
- Ravina, Delarue, Douady.* — Bilatéralisation suraiguë chez des tuberculeux porteurs d'un pneumothorax artificiel ou spontané; considérations cliniques et anatomiques (Pr. Méd., sept. 1930).
- Rist (E).* — Le principe du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire (Pr. Méd. 1913).
- Rist et Maingot.* — Examens radiologiques dans le pneumothorax artificiel (Soc. Méd. Hôp. 1912).
- Rist (E.).* — Le principe du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (Paris Méd., 1928).
- Stirpe (G.).* — Aspect radiologique du poumon opposé comparé à l'examen clinique pendant le pneumothorax thérapeutique (Arch. di radiologia, 1929).
- Tobé et Terrasse.* — Le pneumothorax thérapeutique bilatéral simultané (Rev. de la Tub. 1926).
- Véran (P.).* — La cessation du pneumothorax artificiel (Thèse, Paris 1931).

